

Universitätsklinik für NuklearmedizinInselspital Bern,
3010 Bern
Telefon 031 632 24 54
Fax 031 632 31 37
www.nukmed.insel.ch**Zuweisender Arzt**

Anschrift (Name, Klinik, Adresse): _____

Telefon (Sucher) / Fax: _____

E-Mail: _____

Angaben Patientin / Patient

Name: _____	Vorname: _____
Geburtsdatum: _____	Telefon: _____
Strasse, Nr.: _____	PLZ, Wohnort: _____
Krankenkasse: _____	Versicherungsnr: _____
Bitte aufbieten: schnellstmöglich	ambulant stationär – wo? _____
Datum / Zeitraum: _____	Termin nach telefonischer Vereinbarung geplant am:
	Datum: _____ Uhrzeit: _____

Gewünschte Untersuchung:

Bei Auswahl "Sonstiges" bitte näher beschreiben: _____

Klinische Angaben / bisherige Therapien:**Fragestellung:**

Gewicht: _____ kg Grösse: _____ cm

Aktuelle Medikation: _____

Liegt eine Schwangerschaft vor? Ja Nein

Stillt die Patientin? Ja Nein

Patienten-CD dem Patienten mitgeben

PACS / H-NET- Versand

Besprechungstermin am: _____

Zusätzliche Befundkopie(n) an: _____

Bemerkungen: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____